

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ENVELHECIMENTO, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA,
PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM
GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DE UMA MESORREGIÃO DO
NORDESTE BRASILEIRO

JOSIVAN ROSA SANTOS

São Cristóvão
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ENVELHECIMENTO, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA,
PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM
GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DE UMA MESORREGIÃO DO
NORDESTE BRASILEIRO

JOSIVAN ROSA SANTOS

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Educação
Física da Universidade Federal de Sergipe
requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Jeronimo dos Santos Silva

São Cristóvão
2016

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Santos, Josivan Rosa
S237e Envelhecimento, percepção de saúde e qualidade de vida em
grupos de convivência de uma mesorregião do nordeste brasileiro
/ Josivan Rosa Santos ; orientador Roberto Jeronimo dos Santos
Silva. – São Cristóvão, 2016.
55 f. : il.

Dissertação (mestrado em Educação Física) – Universidade
Federal de Sergipe, 2016.

1. Saúde. 2. Qualidade de vida - Envelhecimento. 3.
Exercícios físicos para idosos. I. Silva, Roberto Jeronimo dos
Santos, orient. II. Título.

CDU 796:613.98

JOSIVAN ROSA SANTOS

ENVELHECIMENTO, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA,
PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM
GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DE UMA MESORREGIÃO DO
NORDESTE BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Aprovada em ____/____/____

Orientador: Prof. Dr. Roberto Jerônimo dos Santos Silva

1º Examinador: Prof. Dr. Marzo Edir da Silva Grigoletto

2º Examinador: Prof. Dr. Diego Augusto Santos Silva

PARECER

EPÍGRAFE

Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida
Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós, algo de uma criança.

Enquanto houver sol, enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol, enquanto houver sol

Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando que se faz o caminho
Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo
Em cada um de nós, aonde Deus colocou.

Enquanto houver sol, enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol, enquanto houver sol

(Enquanto Houver Sol - Sérgio Britto)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as pessoas que foram as principais responsáveis por mais esta vitória em minha vida: meus pais Maria Almerinda Santos, Joel dos Santos, meus irmãos, minha esposa Perla, minha princesa Maria Fernanda e a Augusto César que está para chegar.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por todas as coisas que tem feito em minha vida, muitas delas sinceramente das quais não me acho merecedor, mas acima de tudo sem que tem um propósito o qual ainda não sei.

Aos meus pais, **Maria Almerinda Santos** e **Joel dos Santos**, vocês ainda continuam sendo meus super-heróis favoritos.

Meus irmãos, **Jenildes, Luciene, Analúcia, Maria José, Joelma, Gileno, Genilson, Givanilson e José Aélío**, compartilhamos e compartilharemos muitas histórias juntos.

A minha esposa e companheira **Perla Augusta**, pelo apoio, incentivo e por ter acreditado em mim.

Aos familiares da minha esposa pelo apoio e cuidado com minha filha para que eu pudesse estudar,

Ao meu orientador professor **Dr. Roberto Jeronimo dos Santos Silva** pela dedicação e por ter acreditado em mim e pela ajuda na elaboração deste trabalho. Você é nota 10!

Aos professores que me ajudaram e abriram os meus olhos com puxões de orelha para me dedicar mais ao desenvolvimento do trabalho e dos estudos, **Marzo, Aldemir, Rosa Luciana, Marcos França, Diego Augusto,**

Aos meus colegas do UFS em Movimento que me ajudaram na coleta de dados, **Jôsy, Glauber, Izabella, Kelly.**

As minhas alunas da Faculdade, **Jocileide e Elizane** que me ajudaram também na coleta de dados, serei sempre grato a vocês.

Aos Gestores e organizadores dos grupos de convivência dos municípios visitados pelo acolhimento, dedicação e permitir a realização desta pesquisa.

A todos os idosos que dedicaram um pouco do seu tempo e de sua experiência de vida como forma de contribuição deste trabalho.

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DO BAIXO SÃO FRANCISCO SERGIPANO.

DISCENTE: JOSIVAN ROSA SANTOS

ORIENTADOR: ROBERTO JERONIMO DOS SANTOS SILVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: o crescimento populacional de idosos tem promovido amplas discussões em torno impacto social e proposições acerca da epidemiologia do envelhecimento. O envelhecimento provoca a redução das funções vitais, dos níveis de saúde e mobilidade podendo ser um fator de agravo à qualidade de vida do idoso. **OBJETIVO:** identificar o nível de atividade física, a percepção de saúde e qualidade de vida em idosos participantes de grupo de convivência do Baixo São Francisco Sergipano. **MÉTODOS:** o estudo é uma pesquisa epidemiológica descritiva e transversal. A população foi composta de idosos participantes de grupos de convivência ligados ao CRAS/CREAS. A amostra foi composta por 184 idosos de 11 municípios do Território Baixo São Francisco (SE), com idade de $69 \pm 7,16$ anos. Utilizou-se os questionários ABEP, WHOQOL-BREF e IPAQ para descrição do nível socioeconômico, a percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde, e níveis de atividade física. Foi utilizada a Regressão logística binária com estimador robusto com nível de significância de 5% organizada em modelos univariados e multivariados. Para tratamento estatístico foi utilizado o SPSS versão 22. **RESULTADOS:** os principais resultados indicam que os baixos níveis de escolaridade e renda não interferem de forma negativa na percepção de saúde e Qualidade de vida ($p=0,271$). A utilização de medicamentos ($p=0,03$) e limitações motoras para doenças relatadas ($p=0,02$) interferem de forma negativa na percepção de saúde e qualidade de vida. O nível de atividade física não houve diferença significativa, 50,5% apresentaram bons níveis de atividade física. **CONCLUSÃO:** as relações sociais em grupos de convivência são fatores que favorecem a melhoria da autoestima e a percepção positiva na promoção da saúde e qualidade do idoso, por meio do envelhecimento ativo, sendo, uma prática a ser considerada como medida de saúde pública em relação a sua sistemática, planejamento e intervenção no processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Epidemiologia do Envelhecimento. Qualidade de vida. Percepção de saúde

PHYSICAL ACTIVITY LEVEL HEALTH PERCEPTION AND QUALITY OF LIFE IN GROUPS ASSOCIATION OF LOW SAN FRANCISCO SERGIPE.

JOSIVAN ROSA SANTOS

ROBERTO JERONIMO DOS SANTOS SILVA

ABSTRACT

INTRODUCTION: population growth of elderly has promoted extensive discussions around social impact and propositions about the epidemiology of aging. Aging causes the reduction of vital functions, health and mobility levels can be an aggravating factor to the quality of life of the elderly. **OBJECTIVE:** To identify the physical active, perception of health and quality of life in elderly participants of the Lower São Francisco Sergipe living group. **METHODS:** The study is a descriptive, cross-sectional epidemiological research. The population consisted of elderly participants in social groups linked to CRAS / CREAS. The sample consisted of 184 elderly of 11 municipalities in the Territory Lower São Francisco (SE), aged 69 ± 7.16 years. We used the ABEP questionnaires WHOQOL-BREF and IPAQ to describe the socioeconomic status, the perception of quality of life and satisfaction with health, and physical activity levels. It used the binary logistic regression with robust estimator with 5% significance level organized in univariate and multivariate models. For statistical analysis we used the SPSS version 22. **RESULTS:** The main results indicate that low levels of education and income do not interfere negatively in the perception of health and quality of life ($p = 0.271$). The use of medications ($p = 0.03$) and motor limitations related to disease ($p = 0.02$) interfere negatively in the perception of health and quality of life. The level of physical activity there was no significant difference, 50.5% had high levels of physical activity. **CONCLUSION:** social relations in peer groups are factors that favor the improvement of self-esteem and a positive perception of health quality of the elderly and encourages active aging and is therefore a practice to be considered as a public health measure for their systematic planning and intervention in the aging process.

Keywords: Aging Epidemiology. Quality of life. Health perception

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
JUSTIFICATIVA	14
FOMULAÇÃO DO PROBLEMA	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
3. OBJETIVOS	20
4. HIPÓTESES	21
REFERENCIAS	22
5 DESENVOLVIMENTO	24
RESUMO	24
ABSTRACT	25
5.1. INTRODUÇÃO	26
5.2 MATERIAL E MÉTODOS	27
5.3 RESULTADOS	31
5.4 DISCUSSÃO	38
5.5 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Território do Baixo São Francisco Sergipano.....	28
---	----

INDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Distribuição da amostra, idosos cadastrados ao CREA/CRAS e do número de idosos segundo dados do IBGE ² por município.-----	24
Tabela 1. Características da população de idosos de grupos de convivência do Baixo São Francisco Sergipano-----	33
Tabela 2: associação entre as variáveis e a percepção de qualidade de vida.----	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATF - Atividade Física

QV - Qualidade de Vida

WHO - World Health Organization

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95% - Intervalo de confiança de 95%

IDH - Índice de desenvolvimento humano

RC - Razão de chance

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

CELAFISCS - Centro de Estudos do Laboratório Aptidão Física de São Caetano do Sul

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

I INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO/JUSTIFICATIVA

O processo de envelhecimento tem se apresentado como o fenômeno comum em países economicamente estáveis e em países em desenvolvimento. A notória melhoria das condições de saúde, a modificação no modo de produção, da relação do homem com o ambiente e dos hábitos de vida tem levado o homem moderno ao aumento da expectativa de vida^{1, 2}.

O aumento do tempo de vida deve está relacionada a uma senilidade com níveis de saúde e condições de vida satisfatórias dentro da perspectiva do envelhecimento com qualidade de vida. O avanço da idade é geralmente acompanhado por declínio das funções biológicas, físicas e cognitivas e uma maior incidência e agravos à saúde³, colocando-as numa condição de vulnerabilidade⁴. Essas consequências aparentemente próprias do envelhecimento podem ser afetadas pelo desenvolvimento de doenças crônicas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT no mundo são a principal causa de morbimortalidade e deficiência das funções normais dos indivíduos⁴.

O envelhecimento populacional está associado a diversos fatores sejam eles ambientais, sociais ou genéticos. Nas ultimas décadas tem se ampliado às discussões em torno da epidemiologia do envelhecimento devido às pressões sobre os sistemas de saúde, previdência social e sobre a atenção e cuidados necessários a essa população⁵. Desconsiderar elementos sociais e ambientais do universo do estado de saúde do idoso pode levar a uma subestimação do fenômeno e incorrer em alguns equívocos na elaboração e gerenciamento das políticas de saúde para esta população. Variáveis econômicas e sociais podem interferir na percepção positiva ou negativa na saúde e qualidade de vida de idosos⁶.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI determina que a saúde do idoso perpassa por uma abordagem baseada em direitos que valorizem os aspectos da vida na comunidade, identificando o potencial para o bem estar físico, social e mental⁷. A promoção do envelhecimento ativo tem sido incentivada como uma política de saúde pública e atenção ao idoso. Há evidências científicas e epidemiológicas suficientes que sustentam a socialização, a prática de atividade física como fator de proteção aos agravos à saúde da

pessoa idosa⁸. Por meio da PNSPI e o entendimento do idoso como um grupo em iminente condição de vulnerabilidade, são mantidos em âmbito local grupos de convivência ligados ao Centro de Referência de Assistência Social - CRAS ou Centro de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS.

1.2 FORMULAÇÃO PROBLEMA

Quais os significados e magnitude de reposta para idosos participantes em grupos de convivência em relação à promoção à saúde e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida no Baixo São Francisco Sergipano?

O Baixo São Francisco sergipano é uma área que tem sofrido profundas transformações nas ultimas décadas, muitas delas associadas às modificações do ciclo das águas do Rio São Francisco, decorrente das barragens para geração de energia hidroelétrica e do projeto de transposição. Os impactos sobre a epidemiologia do envelhecimento, os níveis de saúde e qualidade de vida dessa população ainda não se apresentam bem evidenciados.

O Território do Baixo São Francisco Sergipano foi criado através do Decreto Estadual nº. 24.338, de 20 de abril de 2007 e se constituiu em uma unidade de planejamento do Estado de Sergipe, para a promoção do desenvolvimento entre as diferentes regiões do Estado no sentido da promoção, gestão e distribuição de recursos através do Planejamento Participativo⁸⁹. Debruçar-se sobre os condicionantes e variáveis do processo de envelhecimento em regiões menos abastadas apresenta-se como uma condição relevante para o direcionamento das políticas e demandas sociais e de atenção básica de saúde a essas populações.

II REVISÃO DE LITERATURA

Falar em qualidade de vida atualmente apresenta-se como um termo amplamente utilizado pelo senso comum e pela comunidade científica. Pessoas em geral, jornalistas, políticos e profissionais de diversas áreas de conhecimento e gestores ligados às políticas públicas apresentam a qualidade de vida como termo proeminente ao grau de satisfação subjetiva ao acesso aos direitos, bens de consumo, desenvolvimento de uma vida saudável e com qualidade, principalmente nos estudos da área de saúde⁹.

O senso comum se apropriou desse objeto de forma a resumir melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, sejam elas de ordem econômica, social ou emocional. Todavia, a área de conhecimento em qualidade de vida encontra-se numa fase de construção de identidade. Ora identificam-na em relação à saúde, ora à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas o fato é que essa forma de saber afirma que todos esses fatores levam a uma percepção positiva de bem-estar¹⁰.

A preocupação com a qualidade de vida está associada diretamente ao comportamento do homem moderno, aos seus hábitos e estilo de vida adotado nos últimos séculos, e perpassa o comportamento cultural, antropológico, sociológico e biológico da natureza humana¹¹.

É somente a partir das discussões acerca do tempo livre que começam a surgir às primeiras discussões em torno do que viria a ser qualidade de vida. Na percepção do homem ocidental contemporâneo, verifica-se que o homem na atualidade desfruta de um melhor padrão de qualidade de vida quando comparado ao final do século XIX. A expectativa de vida nos no século XVIII girava em torno de 40 anos, e em nossos dias atuais, estimada em média de 70 anos nos países em desenvolvimento, e uma expectativa da vida ainda maior nos países já desenvolvidos, fato que faz crescer a preocupação com esta parcela da população¹².

Um notório avanço das ciências médicas, o controle epidemiológico, melhorias nas condições de saneamento básico, redução da jornada de trabalho, as alterações nas condições de trabalho tem contribuído para uma melhoria dos indicadores da qualidade de vida. As mudanças que o homem tem feito no meio ambiente nos últimos séculos, intensificado no período pós-revolução industrial; na medida em que produziu nuances de progresso e desenvolvimento, tem

ocasionado transformações socioambientais profundas com o surgimento dos grandes centros urbanos e o esvaziamento das zonas rurais e mudanças nos hábitos e estilos de vida do homem contemporâneo¹³.

No transcorrer dos séculos XIX e XX, a questão da concepção da qualidade de vida tem se feito cada vez mais notória em observância aos preceitos do cientificismo, fundamentados no positivismo¹⁴. Assim, a perspectiva de visão de mundo é norteadada pelo direcionamento das ações humanas, no sentido de superação do modo de vida das civilizações anteriores em nome de um evolucionismo progressista, por meio do controle, previsibilidade da natureza, do domínio da técnica, da tecnologia, da informação e do conhecimento a serviço do homem.

O interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e difuso, sugerindo uma série de interpretações e definições, mas que de um modo geral diz respeito a uma série de fatores associados ao bem-estar intrínseco e extrínseco das dimensões biológicas da natureza humana. Assim, configuram-se como determinantes e condicionantes aos processos multifatoriais e complexos que extrapolam a simples dualidade da compreensão entre saúde-doença que no início era atribuída ao termo qualidade de vida¹⁵.

A complexidade em medir e definir qualidade de vida vem acompanhando o aumento na expectativa de vida do homem contemporâneo. O envelhecimento da população tem provocado uma série de atenções relacionadas às políticas públicas e de atenção básica de saúde, de modo a atender a demanda crescente e a prevalência de doenças crônico-degenerativas e funcionais em decorrência do baixo nível de mobilidade, características inerentes a uma população com maior expectativa de vida.

O estilo de vida do homem contemporâneo tem promovido transformações quanto à incidência e à prevalência de doenças, culminando em alterações nas variáveis demográficas e epidemiológicas, bem como principais causas de morbimortalidade. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrentes da transição demográfica epidemiológica ocorrida nas últimas décadas, apresentam como resultado uma maior expectativa de vida e do envelhecimento populacional tal qual vem ocorrendo em países desenvolvidos¹⁶.

A alteração dos valores sociais suscitadas pelas alterações macroestruturais influencia na tomada de decisão, nas atitudes, no comportamento e nas crenças, e estas podem sofrer influências da cultura, da situação socioeconômica e educacional. Esses comportamentos podem definir o estilo de vida adotado, orientados para medidas de prevenção e hábitos saudáveis ou associados a comportamentos de riscos à saúde, de modo que fica claro que, quando maior for o nível de instrução, maior é o acesso às informações e as redes de atendimento de saúde¹⁷.

Fatores associados a uma maior ingestão de alimentos industrializados, acompanhadas de uma redução do nível de atividade física, tem gerado um impacto negativo à saúde da população de um modo geral, pela instalação de quadros de obesidade e doenças a ela relacionadas, dentre as quais se destacam a diabetes, hipertensão, coronariopatias e limitações morfofuncionais dos tecidos musculoesqueléticos¹⁸.

A prevalência de fatores de risco e o desenvolvimento de doenças crônicas e funcionais, principalmente os de natureza comportamental, tem evidenciado um aumento significativo no último século a necessidade de ações preventivas de maior eficácia, já que a profilaxia se apresenta como medida de menor custo aos sistemas de saúde, e que resulta numa melhor qualidade de vida da população¹⁹.

A mudança no perfil epidemiológico no Brasil tem apresentado uma série de complicações relacionadas com a saúde pública, associados aos agravos à saúde da população¹⁹. Sendo estas responsáveis pelo comprometimento da produtividade e da qualidade de vida dos indivíduos afetados, onerando o sistema público de saúde a patamares cada vez mais elevados.

Entre as principais medidas preventivas ao desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas e medidas de baixo custo aos sistemas de saúde, a atividade física pode promover importantes adaptações fisiológicas e fator de proteção a boa saúde. Apesar de ser uma condição inerente ao ser vivo o envelhecimento, observa-se a prática de atividades físicas como elemento de fundamental importância, possibilitando uma melhora na sua qualidade de vida. Para esta população enfatiza-se a prática de atividades que levem em conta a sua capacidade, necessidades e limitações, auxiliando os mesmos no

desenvolvimento e aprimoramento de movimentos necessários para a realização de tarefas essenciais no seu cotidiano²⁰.

Está comprovado, que a prática regular de atividades física apresenta-se como fator de proteção e melhoria das condições de saúde no processo de envelhecimento. As atividades físicas, além dos benefícios orgânicos nos aspectos metabólicos, cardiorrespiratório e muscular e articular, contribuem significativamente para a melhoria do convívio social, para promoção da independência, de um autoconceito mais positivo²¹.

Estudos sobre educação para um estilo de vida ativo enfatizam que o sedentarismo é prejudicial à saúde e ressalta que a prática de atividades físicas de forma regular podem reduzir os riscos de doenças e melhorar a qualidade de vida das pessoas. As atividades físicas estão, indiscutivelmente, entre os fatores que contribuem para um estilo de vida mais saudável.

A adoção de hábitos saudáveis associadas a uma prática regular de atividade física na população de um modo geral vem se demonstrando como fator de proteção aos agravos associados ao próprio envelhecimento e as doenças crônicas relacionadas à vida do homem contemporâneo. Já se encontra bem evidenciado na literatura a prática da atividade física como fator de proteção. Assim, o incentivo a popularização de programas e o incremento da prática regular de atividade física, pode melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde em diferentes comunidades²².

A intervenção do poder público, enquanto entidade reguladora do bem estar coletivo deve primar em intervir de forma direta e indireta através da criação de políticas públicas para o incentivo a prática regular de atividade física, com a criação de centros de saúde que não se preocupe apenas com o tratamento, mas sim que por meio de uma ação multidisciplinar, possam atentar para a profilaxia por meio das atividades físicas.

III. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- a) Identificar a percepção de saúde, nível de atividade física e qualidade de vida em idosos participantes de grupo de convivência do Baixo São Francisco sergipano.

3.2 Objetivo Específico

- a) Identificar a percepção de saúde e qualidade de vida;

VI. HIPÓTESES

- a) As atividades de lazer e a promoção da convivência em grupo contribuem para o envelhecimento saudável;
- b) Grupos de convivência auxiliam no processo de envelhecimento melhoram a percepção positiva de saúde;
- c) Idosos que participam de grupos de convivência apresentam maiores níveis de atividade física;

REFERENCIAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2012 Dez [citado 2011 Jun 18]; 21(4): 529-532.
2. Thomas RW, Sarah AR, Yvonne CL, Elizabeth AH, Dominique KH, Robert W M, Edward McAuley. Improving physical functional and quality of life in older adults with multiple sclerosis via a DVD-delivered exercise intervention: a study protocol *BMJ Open* 2014;4:12 e006250 doi:10.1136/bmjopen-2014-006250
3. Hayter AKM, Jeffery R, Sharma C, Prost A, Kinra S. Community perceptions of health and chronic disease in South Indian rural transitional communities: a qualitative study. *Glob Health Action*. (2015); 8:10.3402/gha.v8.25946. doi:10.3402/gha.v8.25946.
4. Wong F, Stevens D, O'Connor-Duffany K, Siegel K, Gao Y. Community Health Environment Scan Survey (CHESS): a novel tool that captures the impact of the built environment on lifestyle factors. *Glob Health Action*. (2011);4:5276
5. Marques, César, Bertho, Soares AC. O futuro da dinâmica demográfica: rupturas ou continuidades?. *Rebep*, 32(2), 409-416. (2015).
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
7. José F. *População e Meio Ambiente no Novo Regime Demográfico Brasileiro*. In: *Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Ana Amélia Camarano (Organizadora) / Rio de Janeiro, 2014.
8. Governo Do Estado De Sergipe. *Plano de Desenvolvimento do Território: Baixo São Francisco Sergipano*. Sergipe - Planejamento Participativo de Sergipe, 2008.
9. Noce F, Simim MAM, Mello MTA. Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras de Deficiência Física Pode ser Influenciada Pela Prática de Atividade Física? *Rev. Bras. Med. Esporte – Vol. 15, No 3 – Mai/Jun., 2009*.
10. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definições e conceitos. In: Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R, organizadores. *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São

Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; (2012). p. 13-50.

11. Marques RFR, Gutierrez GL, Montagner PC. Esporte e qualidade de vida: perspectiva para o início do século XXI. In: Vilarta, R.; Gutierrez, G. L.; Monteiro, M. I. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: IPES, 2010.

12. Pompermayer CB, Lima JEPereira. Gestão e Custos: Coleção Gestão Empresarial. São Paulo: Atlas, 2000, p. 49-58. Disponível em: <http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/financas/4.pdf> Acessado em: 12/01/2012.

13. Silva, VB. "Um Breve Relato Sobre a Gestão Ambiental." Geomae 2011: 163.

14. Moreira WW (org.). Qualidade de Vida: Complexidade e Educação. Campinas, SP: Papirus, 2001.

15. Seidl, Eliane Maria Fleury; Zannon, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 580-588; mar- abr. 2004.

16. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH; Pereira GA, Miranzi MASilveira. Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. Texto contexto enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9; 2008.

V DESENVOLVIMENTO

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DO BAIXO SÃO FRANCISCO SERGIPANO.

DISCENTE: JOSIVAN ROSA SANTOS

ORIENTADOR: ROBERTO JERONIMO DOS SANTOS SILVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: o crescimento populacional de idosos tem promovido amplas discussões em torno impacto social e proposições acerca da epidemiologia do envelhecimento. O envelhecimento provoca a redução das funções vitais, dos níveis de saúde e mobilidade podendo ser um fator de agravamento à qualidade de vida do idoso. **OBJETIVO:** identificar o nível de atividade física, a percepção de saúde e qualidade de vida em idosos participantes de grupo de convivência do Baixo São Francisco Sergipano. **MÉTODOS:** o estudo é uma pesquisa epidemiológica descritiva e transversal. A população foi composta de idosos participantes de grupos de convivência ligados ao CRAS/CREAS. A amostra foi composta por 184 idosos de 11 municípios do Território Baixo São Francisco (SE), com idade de $69 \pm 7,16$ anos. Utilizou-se os questionários ABEP, WHOQOL-BREF e IPAQ para descrição do nível socioeconômico, a percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde, e níveis de atividade física. Foi utilizada a Regressão logística binária com estimador robusto com nível de significância de 5% organizada em modelos univariados e multivariados. Para tratamento estatístico foi utilizado o SPSS versão 22. **RESULTADOS:** os principais resultados indicam que os baixos níveis de escolaridade e renda não interferem de forma negativa na percepção de saúde e Qualidade de vida ($p=0,271$). A utilização de medicamentos ($p=0,03$) e limitações motoras para doenças relacionadas ($p=0,02$) interferem de forma negativa na percepção de saúde e qualidade de vida. O nível de atividade física não houve diferença significativa, 50,5% apresentaram bons níveis de atividade física. **CONCLUSÃO:** as relações sociais em grupos de convivência são fatores que favorecem a melhoria da autoestima e a percepção positiva na promoção da saúde e qualidade do idoso, por meio do envelhecimento ativo, sendo, uma prática a ser considerada como medida de saúde pública em relação a sua sistemática, planejamento e intervenção no processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Epidemiologia do Envelhecimento. Qualidade de vida. Percepção de saúde

PHYSICAL ACTIVITY LEVEL HEALTH PERCEPTION AND QUALITY OF LIFE IN GROUPS ASSOCIATION OF LOW SAN FRANCISCO SERGIPE.

JOSIVAN ROSA SANTOS

ROBERTO JERONIMO DOS SANTOS SILVA

ABSTRACT

INTRODUCTION: population growth of elderly has promoted extensive discussions around social impact and propositions about the epidemiology of aging. Aging causes the reduction of vital functions, health and mobility levels can be an aggravating factor to the quality of life of the elderly. **OBJECTIVE:** To identify the physical active, perception of health and quality of life in elderly participants of the Lower São Francisco Sergipe living group. **METHODS:** The study is a descriptive, cross-sectional epidemiological research. The population consisted of elderly participants in social groups linked to CRAS / CREAS. The sample consisted of 184 elderly of 11 municipalities in the Territory Lower São Francisco (SE), aged 69 ± 7.16 years. We used the ABEP questionnaires WHOQOL-BREF and IPAQ to describe the socioeconomic status, the perception of quality of life and satisfaction with health, and physical activity levels. It used the binary logistic regression with robust estimator with 5% significance level organized in univariate and multivariate models. For statistical analysis we used the SPSS version 22. **RESULTS:** The main results indicate that low levels of education and income do not interfere negatively in the perception of health and quality of life ($p = 0.271$). The use of medications ($p = 0.03$) and motor limitations related to disease ($p = 0.02$) interfere negatively in the perception of health and quality of life. The level of physical activity there was no significant difference, 50.5% had high levels of physical activity. **CONCLUSION:** social relations in peer groups are factors that favor the improvement of self-esteem and a positive perception of health quality of the elderly and encourages active aging and is therefore a practice to be considered as a public health measure for their systematic planning and intervention in the aging process.

Keywords: Aging Epidemiology. Quality of life. Health perception

5.1. INTRODUÇÃO

Nas ultimas décadas observou-se no Brasil uma alteração na pirâmide etária que se traduz na sedimentação de um número ascendente de sua população idosa em detrimento da população jovem. Tais fatores alcançam amplas discussões no que diz respeito às variáveis que condicionam o estilo de vida e na qualidade do envelhecimento dessa população¹. O padrão etário da população brasileira está em transformação, os dados sobre a projeção da população do Brasil mostram que em 1980, apenas 6,07% da população possuíam 60 anos ou mais, em 2000 esse valor passou para 8,12% e em 2010 atingiu 9,98%, sendo a perspectiva para 2030 de 18,70% e para 2050 de 29,75%².

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial nos países desenvolvidos e em desenvolvimento que se manifesta em transições demográficas e epidemiológicas significativas ocorridas nas ultimas décadas. Enquanto processo natural o envelhecimento provoca a degradação das reservas funcionais do organismo e o aumento dos riscos à saúde. O envelhecimento pode ser atenuado individualmente pela adoção de hábitos saudáveis e no plano social ou coletivo pode ser melhorado pela oferta de políticas e serviços que atendam as demandas da população idosa e favoreçam uma melhor qualidade de vida.

A adoção de hábitos saudáveis associadas a uma prática regular de atividade física na população de um modo geral vem se apresentando como fator de proteção aos agravos associados ao próprio envelhecimento e as doenças crônicas relacionadas a ele. Neste sentido, é marco referencial a popularização de programas o incremento da prática regular de atividade física, e uma preocupação frequente para a melhoria dos níveis de aptidão física relacionada à saúde e de seus indicadores³.

Devido ao crescimento populacional de idosos no mundo, tem se ampliado o as discussões em torno dessa população para apresentar encaminhamentos sobre seu o impacto social, de saúde e econômico e propor políticas específicas para este grupo etário. O envelhecimento apresenta-se como uma realidade concreta, o aumento da expectativa de vida pode trazer atrelado a ela a manifestação de doenças e distúrbios orgânicos agregados ao próprio

envelhecimento e pode evidenciar uma série de doenças ligadas ao comportamento e a carga hereditária. As doenças crônico-degenerativas são enfermidades associadas e que podem potencializar o grau de morbidade, aumento do nível de dependência dos indivíduos de maior idade⁴. Essas alterações levam a disfunções em vários sistemas orgânicos e funções no idoso, como os distúrbios da marcha e da mobilidade, e por decorrência a diminuição das capacidades físicas e uma redução da percepção de qualidade de vida e aumentando o grau de vulnerabilidade.

Do ponto de vista psicológico o envelhecimento pode provocar mudanças no estado emocional e interferir no convívio social. Essas ocorrências podem provocar uma percepção negativa na qualidade de vida do idoso, acarretando preocupação não só para ele e sua família, mas também para sociedade em geral devido ao seu grau de dependência⁵⁻⁶.

O aumento da expectativa de vida no Brasil requer medidas que melhorem os componentes da qualidade de vida. A criação de grupos de convivência social para grupos com vulnerabilidade tem sido incentivada oficialmente pelo poder público com a criação de grupos assistenciais ligados aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS/CRAS), bem como tem aumentado o interesse das universidades em estudar essa população, incentivando assim a criação de grupos de promoção da saúde e bem estar geral do idoso. Esses estudos buscam correlacionar as diferentes variáveis do envelhecimento e apontam para direcionamentos que possibilitem uma melhoria nas políticas de promoção da saúde do idoso de acordo com a regionalidade⁷.

O presente estudo teve por objetivo identificar os níveis de atividade física, percepção de saúde e qualidade de vida em idosos participantes de grupo de convivência do Baixo São Francisco Sergipano.

5.2. MATERIAL E MÉTODOS

5.2.1 Tipo de estudo

A pesquisa é um estudo descritivo observacional transversal de base epidemiológica. Foram utilizados os elementos aplicáveis ao desenho de estudos

epidemiológicos sugeridos pelo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)⁸.

A opção pela pesquisa descritiva justifica-se pela possibilidade da análise e interpretação do envelhecimento e suas associações com aspectos do ambiente físico e social nos grupos de convivência e sua relação com a qualidade de vida e a de saúde em idosos. A amostra da pesquisa é caracterizada como amostragem por conveniência.

5.2.2 Caracterização da população

A população da pesquisa foi composta de idosos participantes de grupos de convivência das zonas rurais e urbanas dos municípios que compõe o Território do baixo São Francisco sergipano.

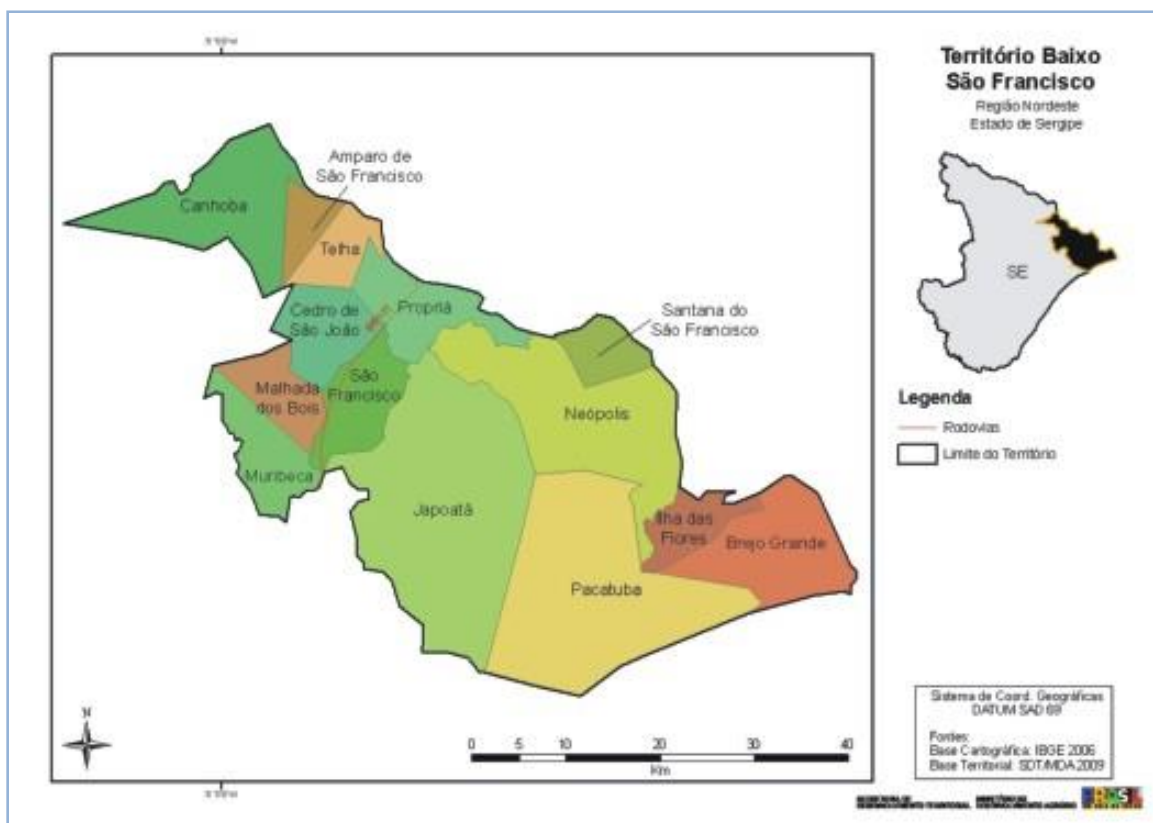


Figura 2 Território do Baixo São Francisco Sergipano

O Baixo São Francisco sergipano compõe uma das regiões territoriais de desenvolvimento do estado de Sergipe. Esses Territórios foram criados na década de 1980 e abrange uma área de 1.967,10 Km², é composto por 14 municípios: Muribeca, Amparo de São Francisco, Brejo Grande, Canhoba, Cedro

de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco e Telha. De acordo com dados do IBGE², a população de idosos dos 11 municípios que fizeram parte da amostra totaliza 8958 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade.

MINICÍPIOS	TOTAL PESSOAS ≥ 60 ANOS (IBGE ²)	IDOSOS CADASTRADOS CREAS/CRAS	N IDOSAS
1	254	120	17
2	233	96	18
3	321	114	15
4	1939	134	16
5	1221	115	17
6	679	131	17
7	2413	157	19
8	248	99	16
9	428	125	17
10	628	167	16
11	594	123	16
TOTAL	8958	1381	184

Quadro 1 - Distribuição da amostra, idosos cadastrados ao CREA/CRAS e do número de idosos segundo dados do IBGE² por município.

5.2.3 População

A população da pesquisa foi composta por todos os participantes de grupos de convivência ligados ao CRAS/CREAS de 11 dos 14 municípios do Território do Baixo São Francisco que autorizaram a realização da pesquisa.

5.2.4 Amostra

Participaram da pesquisa todas as mulheres voluntárias presentes no dia da coleta de dados que faziam parte dos grupos de convivência ligados ao CRAS/CREAS, totalizado 184 idosas. Os critérios de inclusão foram: apresentar idade igual ou superior a 60 anos, ser do sexo feminino, residir na comunidade. Os critérios de exclusão foram: apresentar algum déficit cognitivo que

comprometesse a compreensão e respostas do questionário e apresentar alguma deficiência física que comprometesse seu nível de atividade física.

5.2.5 Instrumentos

Foram aplicados três questionários validados acrescidos de informações de caracterização da amostra em forma de entrevista.

- a) Questões de caracterização dos indivíduos;
- b) Questionário proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), por meio da aplicação do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Este instrumento enfatiza busca estimar o poder de compra das pessoas e famílias, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais, e preconizando uma nova diretriz em relação à classificação em classes econômicas. O CCEB versão 2013 tem a virtude de tentar acompanhar as modificações ocorridas nos últimos anos na economia brasileira e o aumento do poder aquisitivo do brasileiro, seja de ordem direta pelo aquecimento da economia e a geração de empregos ou a pretensa distribuição de renda indireta pelo aumento dos programas governamentais mediante as diversas bolsas assistenciais para as famílias de baixa renda.
- c) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOLBref). O WHOQOL – bref é um instrumento que avalia a qualidade de vida em adultos e consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 que compõe o instrumento original, apresentando-se divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambientais.
- d) Para avaliação dos níveis atividade física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física – (IPAQ – 8.0, VERSÃO CURTA). Sua versão curta mede o nível de atividade física e foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998, validado em uma amostra da população brasileira, pelo Centro de Coordenação do IPAQ no Brasil - CELAFISCS (Centro de Estudos do Laboratório Aptidão Física de São Caetano do Sul).

5.2.6 Procedimentos de coleta de dados

Antes da coleta de dados foi realizado um prévio treinamento com os avaliadores, em seguida foi aplicado o instrumento em um grupo de convivência do município da grande Aracaju contendo 26 idosos para verificar sua reprodutibilidade. O instrumento piloto foi aplicado em novembro de 2013 em dois momentos distintos com intervalo de 30 dias. O índice de reprodutibilidade do instrumento apresentou correlação de 0,92.

Para a coleta de dados foi realizado contato por telefone e visita para apresentação de ofício e apresentação da intenção da pesquisa junto as secretarias municipais e com as pessoas responsáveis pelo CRE/CRAS. O período de coleta de dados foi de abril a dezembro de 2014. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o número de aprovação CAAE-0213.0.107.000-11 de 18 de julho 2011.

5.2.7 Análise estatística

Para análise dos dados foi utilizada a análise estatística descritiva. O tratamento estatístico foi realizado no programa SPSS versão 22. Para avaliação da heterogeneidade das proporções utilizou-se a associação qui-quadrado para análise univariada e regressão logística binária com intervalo de confiança estimado em (IC95%) e nível de significância $p \leq 0,05$. Assumiu-se uma distribuição dicotômica para a estimação dos intervalos de confiança.

5.3. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características gerais da população de idosas dos grupos de Convivência do Baixo São Francisco Sergipano. O grupo avaliado apresentou idade média de $69 \pm 7,06$ anos, sendo 52% da amostra com idade ≤ 69 anos, considerada como idosa jovem. Sabe-se que o avanço da idade está associado a maior prevalência de doenças associadas ao envelhecimento, o estilo e condições de vida. Quanto menor a renda e menor acesso aos bens e serviços normalmente menores são seus níveis de saúde, atividade física e qualidade de vida. De acordo com a tabela 2, de associação entre as variáveis e a percepção de saúde e qualidade de vida, a idade para o grupo de idosas acima

de 70 anos apresentou valor significativo ($p=0,02$), ou seja, quanto maior a idade pior a percepção de saúde e qualidade de vida.

A associação da responsabilidade financeira e a percepção de saúde e qualidade de vida não demonstrou diferença estatística ($p=0,190$). A principal fonte de renda relada foi a aposentadoria. Sabe-se que a concessão de benefícios de aposentadoria para populações rurais tornou-se um direito adquirido, principalmente após a constituição do Estatuto do Idoso. O rateio dessa renda com a quantidade de pessoas residentes poderia interferir na percepção negativa de saúde e qualidade de vida por conta da redução do poder de compra. No entanto não foi encontrada relação com esta variável, o índice de correlação ajustada encontrada foi de ($IC95\%=1,44$) para um nível de significância ($p=0,23$). Isso talvez se deva pelo fato de que à medida que avança a idade a pessoa idosa necessita de maiores cuidados, sendo os familiares seus principais cuidadores, e a possibilidade destes serem percebidos como elemento de proteção.

Para o nível de satisfação com a saúde a amostra apresentou relativo grau de satisfação ($p=0,271$). Esse grau de satisfação com a saúde poderia ter sido prejudicada pela alta prevalência de doenças crônicas relatadas. (91%) da amostra relatou ter alguma doença crônica diagnosticada e tratada por um médico. Fazer uso de um ou mais medicamentos para controlar os sintomas das doenças relatadas não demonstrou associação com a satisfação de saúde. No entanto, vale ressaltar que este estudo encontrou uma forte relação com a percepção negativa de saúde e qualidade de vida pelo uso de medicamentos apresentada na tabela 2.

Tabela 1. Características da população de idosas de grupos de convivência do Baixo São Francisco Sergipano.

Variáveis	n	%
Anos de Estudo	184	100
Até 4 anos	178	97
Mais de 4 anos	6	3
Faixa etária		
Até 69 anos	96	52,2
Acima de 70 anos	88	47,8
Ocupação	34	18,5
Não Aposentado		
Aposentado	150	81,5
Satisfação com a saúde		
Insatisfeito	93	50,5
Satisfeito	91	49,5
Nível socioeconômico	3	1,6
Intermediário		
Baixo	181	98,4
Responsável Financeiro		
Não	20	10,9
Sim	164	89,1
Mora com quantas Pessoas		
Até 2 pessoas	111	60,3
Mais que 2 pessoas	73	39,7
Depressão dicotomizada		
Bom	172	93,5
Ruim	12	6,5
Uso de medicamentos		
Não	30	16,3
Sim	154	83,7
Limitação motora		
Não	136	73,9
Sim	48	26,1

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n	%
Uso de Bebidas alcóolicas		
Não	162	88,6
Sim	22	12
Já fumou		
Não	143	77,7
Sim	41	22,3
Participação em Grupo Religioso		
Não	84	45,7
Sim	100	54,3
IPAQ dicotomizado		
Ativo	91	49,5
Baixos níveis de ATF	93	50,5
Satisfação imagem corporal		
Insatisfeito	21	11,4
Satisfeito	163	88,6
Percepção de Qualidade de Vida		
Percepção negativa	70	38
Percepção Positiva	114	62

Pessoas que usam um ou mais medicamentos apresentam três vezes mais chance de declararem uma percepção negativa de qualidade de vida e saúde ($p=0,03$). Essa percepção negativa pode está associada à interação desses medicamentos ou pela condição de bem estar e de saúde está atrelado ao uso do medicamento. A não utilização do medicamento pode provocar algum mal estar ou manifestação de sintomas adversos à boa condição de saúde.

As limitações físicas relatadas sugerem para uma percepção negativa de saúde e qualidade de vida. O estudo encontrou uma diferença estatística significativa para associação da limitação física ($p=0,02$). A restrição da quantidade e qualidade de movimento no ambiente social do idoso pode restringir o nível de atividade física, promover o sedentarismo, a degradação dos níveis de saúde e qualidade de vida. Os achados deste estudo, no entanto não estabeleceram relação significativa para limitação física e a redução dos níveis de atividade física ($p=0,80$). Foi encontrada uma relação de 50% para bons níveis e

baixos níveis de atividade física. Isso talvez se deva ao fato de que idosos participantes de grupos de convivência apresentarem uma predisposição a saírem de suas casas e deslocarem aos locais de encontro dos grupos de convivência, podendo ser um viés do presente estudo. Outro fator que pode ter influenciado no achado da pesquisa pode está relacionado ao grau de dependência de seus familiares da sua renda e a complementação desta com outras atividades, fato que pode incentivar uma maior movimentação por parte do idoso e induzir a um maior nível de atividade física.

Sobre os níveis de atividade física se apresentar satisfatórios, um ponto importante a se considerar está relacionado à qualidade da atividade física. A população apresentou uma boa relação de atividade física. A presente pesquisa não mediu quais os tipos de atividades físicas eram praticadas pela amostra. Sabe-se que idosos para manter uma boa saúde precisam manter ou desenvolver além de uma boa capacidade cardiorrespiratória, níveis de força e flexibilidade mínimos para uma boa saúde e qualidade de vida.

Os hábitos associados à ingestão de álcool ou mesmo o consumo de bebidas alcoólicas não interferiram de forma negativa na percepção de saúde e qualidade de vida ($p=0,78$) e ($p=0,55$). O baixo Francisco sergipano está localizado em uma região interiorana do Estado de Sergipe e se faz comum o forte enraizamento das tradições culturais conservadoras onde principalmente as mulheres de maior idade representam o papel social de cuidadoras do lar e da família. O uso de bebidas alcóolicas e cigarro são padrões de comportamento pouco aceitáveis como os valores encontrados neste estudo, percentual aproximado a 80% de pessoas que não fumam ou fazem uso de bebida alcóolica.

Tabela 2: associação entre as variáveis e a percepção de qualidade de vida.

Razão de chance							
Variáveis	Categorias	Bruta OR	IC95%	p≤0,05	Ajustada OR	IC95%	p
Sociodemográficas							
Idade	Até 69 anos ≥ 70 anos	0,6	(0,39 – 0,94) 1	0,02	1,38	(1,69-1,34) 1	0,03
Responsável financeiro	Sim Não	0,59	(0,24 – 1,44) 1	0,248			
Quantidade de moradores em casa	Até 2 Mais que 2	1,52	(0,86 – 2,67) 1	0,190	1,44	(0,80-2,61) 1	0,23
Variáveis que geram comportamento							
Satisfação com a saúde	Insatisfeito Satisfeito	1,37	(0,78 – 2,3) 1	0,271			
Depressão	Bom Ruim	0,88	(0,28 – 2,72) 1	0,82			
Uso de medicamento	Não Sim	2,46	(1,21 – 4,98) 1	0,01	2,30	(1,11-4,77) 1	0,03
Limitação física	Não Sim	2,33	(1,25 – 4,34) 1	0,01	2,11	(1,11 4,02) 1	0,02
Imagem Corporal	Insatisfeito Satisfeito	3,16	(1,26 – 7,92) 1	0,01	2,88	(1,12 7,42) 1	0,03
Comportamentais							
Uso de bebidas alcoólicas	Não Sim	1,13	(0,48 – 2,70) 1	0,78			
Uso de cigarro	Não Sim	1,22	(0,64 – 2,31) 1	0,55			
Nível de Atividade Física	Ativo		1				

Baixos Níveis	0,93	(0,53 – 1,62)	0,80
---------------	------	---------------	------

5.4. DISCUSSÃO

Em regiões ou populações de baixa renda é comum o idoso ser o principal responsável financeiro familiar. Sua renda geralmente é oriunda da aposentadoria, esta por sua vez é rateada pela quantidade de pessoas que moram ou dependem dela para sobreviver, fato que torna ainda mais latente a condição econômica sobre a saúde do idoso, logo que boa parte de sua renda é destinada a compra de medicamentos, alimentos e satisfação de suas necessidades básicas^{9, 10}.

As alterações ambientais ocorridas nas ultimas décadas no Território do Baixo São tem promovido grandes debates no que diz respeito aos impactos ambientais, econômicos e sociais. O baixo são Francisco sergipano é uma região de execrado desenvolvimento econômico e humano que em si não tem sido beneficiada diretamente pelos grandes projetos de exploração de suas riquezas e não tem atingido as populações de baixa renda de forma efetiva quando se observa os principais indicadores socioeconômicos e de saúde¹¹. No entanto, vale ressaltar que as políticas assistenciais podem causar principalmente na população de baixa renda uma sensação positiva de atenção governamental, fato que pode ter interferido no padrão de respostas as esta pesquisa por parte da população investigada.

No planejamento estratégico do governo Federal e do Estado de Sergipe O Território do Baixo São Francisco Sergipano é uma área de forte intervenção estatal por meio da criação de empresas de desenvolvimento regional como a Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco (CODEVASF)¹². No entanto, essas ações ainda estão longe de promover o desenvolvimento local. As condições de saneamento, rede de hospitais, renda e moradia ainda se apresentam como uma das mais baixas do país, região nordeste e próprio Estado de Sergipe, ficando atrás apenas do alto sertão^{12, 13}.

É dever do poder público criar condições que favoreçam a equalização de direitos e oportunidades por meio da identificação e análise dos conflitos ambientais e a formulação de ações de proteção e promoção de grupos sociais vulneráveis^{14, 15}.

A aposentadoria por idade se apresenta como uma das principais fontes de renda da população, lembrando que este tipo de aposentadoria é de um

salário mínimo. Grande parte da população adquiriu o benefício compulsoriamente mesmo sem ter contribuído para a previdência, fato que onera o sistema de concessão de aposentadorias e pressiona ainda mais o fator previdenciário^{16, 17, 18}.

Em relação ao grau de satisfação com a saúde, ela pode ser condicionada pela participação das idosas em de grupos de convivência sociais e da própria religiosidade. Estes fatores tem se apresentado na literatura da epidemiologia do envelhecimento como fator de proteção, melhoria da autoestima, da motivação e da satisfação geral de saúde^{19, 20}.

A participação do idoso em grupos de convivência mantém o indivíduo engajado socialmente, possibilitando a troca de experiências, sentimentos e aceitação social. Dentro desta perspectiva, nota-se que este achado está inserido dentro da teoria social do envelhecimento de primeira geração, a qual se refere à teoria da subcultura do envelhecimento as quais idosas mais jovens tendem a apresentar uma percepção positiva de saúde e qualidade de vida²¹.

Idosas que procuram por grupos sociais estão na busca de se relacionar com pessoas que viveram e estão vivendo a mesma experiência, gerando o entendimento das relações entre o idoso e a sociedade. Dessa forma, fica evidente que o convívio social contribui significativamente para que o idoso tenha uma melhor QV, mostrando assim, a importância desses grupos para o idoso²².

Paskulin²³ destaca que a condição de saúde, de acordo com os idosos, não se refere apenas à ausência de doença, mas também a possuir atividades de lazer, a capacidade de continuar trabalhando autonomia e independência e a busca por relações sociais. Os grupos de convivência se encaixam como agentes que interferem benéficamente nos aspectos relacionados à qualidade de vida, pois possibilitam melhores indicadores dos níveis de atividade física quando comparado a idosos que não participam de grupos de convivência.

As preocupações com os níveis de saúde vêm sendo uma das principais discussões e anseios individuais e sociais. Atrelados aos princípios de saúde destacam-se a associação desta com a qualidade de vida. A divulgação de pesquisas sobre os padrões e oportunidades vivenciadas ao longo da vida e o impacto nos níveis de saúde tem promovido um maior interesse mesmo que

contemplativo sobre os aspectos voltados ao envelhecimento saudável. À medida que a idade avança essa preocupação se torna cada vez mais latente.

As determinações que interferem no envelhecimento estão associadas a diversos fatores de ordem biológica, ao estilo de vida e principalmente as condições de vida cerceadas pela quantidade e pela qualidade de oportunidades, denominadas de determinantes sociais de saúde²⁴.

O avanço da idade provoca alterações evidentes nos aspectos físicos e fisiológicos, mas também promove transformações psicológicas e sociais. Dentre as principais enfermidades que acometem a população idosa, a depressão é uma das que apresentam maior prevalência. Sua sintomatologia é considerada fator grave, pois diminui a percepção de saúde, de qualidade de vida e promove a manifestação de sentimentos negativos e a perda do interesse pela vida⁸. O fato desta pesquisa não ter encontrado correlação significativa para o envelhecimento e a tendência para depressão corrobora com outros estudos²².

A diminuição pelo interesse e convívio social e a redução das atividades de lazer muitas vezes pode levar ao processo de depressão. O incentivo a convivência, a manutenção e estabelecimento das relações sociais são fatores que favorecem o fortalecimento de laços e melhoram a autoestima e consequente percepção positiva de qualidade de vida.

É de suma importância intervir na perspectiva de promoção de atividades que fortaleçam os laços de convívio social por meio de criação de centros e associações, sendo a criação desses grupos uma política pública adota em diversos países e orientadas pelas diretrizes da Organização Mundial de Saúde a partir o período pós Segunda Guerra quando se lançou as primeiras políticas de atenção ao idoso de forma mais abrangente⁹.

No Brasil a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) reconhece que a Proteção Social Básica destina-se àqueles que estão em situação de vulnerabilidade social, sendo a senilidade enquadrada nessa condição. Tal política culminou com a criação de redes de atendimento por todo país junto ao CREAS/CRAS⁵.

O envelhecimento da população é um fenômeno que chama a atenção do meio científico e social, acarretando na necessidade de investigar condições que visem uma vida com melhor qualidade. A existência de grupos de convivência

para idosos tem se demonstrado importante fator de proteção e percepção positiva de qualidade de vida, de certo que foi observada uma correlação positiva entre a afirmação e que o convívio com os seres humanos influenciam a percepção da qualidade de vida^{10,11}.

A convivência de pessoas da terceira idade em grupos pode provocar um estímulo para o envelhecimento saudável, estabelecendo relações, interagindo com os demais participantes do grupo e da comunidade. As atividades de lazer e em grupo podem contribuir tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais¹².

A adoção de hábitos saudáveis associadas a uma prática regular de atividade física na população de um modo geral vem se demonstrando como fator de proteção aos agravos associados ao próprio envelhecimento e as doenças crônicas relacionadas à vida do homem contemporâneo. É marco referencial a popularização de programas o incremento da prática regular de atividade física, principalmente nos grandes centros urbanos, e uma preocupação frequente para o incremento da aptidão física relacionada à saúde, principalmente no que diz respeito à melhoria na qualidade de vida e dos indicadores de saúde.

5.5. CONCLUSÃO

A partir das análises deste estudo pode-se concluir que apesar das adversidades socioeconômicas, ambientais e de saúde, as idosas participantes de grupos de convivência apresentam boa percepção de saúde e qualidade de vida, e satisfatórios níveis de atividade física, contribuindo de certa forma para o envelhecimento ativo. A criação de grupos de convivência para a terceira idade deve ser incentivada e implantada, a fim de contribuir para uma vida com mais autonomia e independência funcional com reflexos positivos no processo de envelhecimento.

Sugere-se a realização da coleta de outras informações por meio de instrumentos de avaliação das capacidades físicas e composição corporal para análise de outras variáveis latentes neste estudo bem como a realização de estudos longitudinais.

REFERÊNCIAS

1. Farinatti, PTV. Envelhecimento, Promoção da Saúde e Exercício: Bases teóricas e Metodológicos, Barueri: SP, Ed. Manole, 2008: 499.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050. Revisão 2008. Estudos e Pesquisas DPE, IBGE, 2008. 24.
2. Thomas RW, Sarah AR, Yvonne CL, Elizabeth AH, Dominique KH, Robert WM, Edward McAuley. Improving physical functional and quality of life in older adults with multiple sclerosis via a DVD-delivered exercise intervention: a study protocol BMJ Open (2014);4:12.
3. Hayter AKM, Jeffery R, Sharma C, Prost A, Kinra S. Community perceptions of health and chronic disease in South Indian rural transitional communities: a qualitative study. Global Health Action. (2015); 8:10.3402/gha.v8.25946.
4. Wong F, Stevens D, O'Connor-Duffany K, Siegel K, Gao Y. Community Health Environment Scan Survey (CHESS): a novel tool that captures the impact of the built environment on lifestyle factors. Glob Health Action. 2011;4:5276.
5. WICHMANN Francisca Maria Assmann, COUTO Analie Nunes, Areosa Silvia Virgínia Coutinho, Montañés Maria Concepción Menéndez. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2013 Dec [cited 2015 Dec 09] ; 16(4): 821-832.
6. Bárrios MJ, Fernandes Ana Alexandre. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. Rev. Port. Sau. Pub. [periódico na Internet]. (2014) Dez [citado 2015 Out 20] ; 32(2): 188-196
7. Bassani DCH, Borges DT, Teixeira RM, Pimentel RB. Depressão Em Idosos Na Atenção Primária Em Saúde: Aspectos De Uma Comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, II Congresso Brasileiro de Medicina Hospitalar, Blucher Medical Proceedings, 2014, 1:21-21.
- 8 . Vandenbroucke JP, Von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. PLoS Med 2007;4:e297.

9. Analía Soria Batista, Luciana de Barros Jaccoud, Luseni Aquino, Patrícia Dario. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social./ El-Moor – Brasília : MPS, SPPS, (2008). 160 p. – (Coleção Previdência Social; v. 28).
10. Muszalik M, Dijkstra A, Kedziora-Kornatowska K, Zielisnka-Wieczkowska H, Kornatowski T. Independence of elderly patients with arterial hypertension in fulfilling their needs, in the aspect functional assessment and quality of life (QoL). Arch Gerontol Geriatrics. (2011); 52:204-9.
11. D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. Rev. Saúde Pública [online]. (2011), vol.45, n.4, pp. 685-692.
12. Governo do Estado de Sergipe – Secretaria de Estado do Planejamento e desenvolvimento urbano (SEPLAN); Empresa de Desenvolvimento Sustentável do Estado de Sergipe (PRONESE). Projeto Integrado do Estado de Sergipe. Termo 03/2010; Nov 2010.
13. Silva JM, Gurgel IGD, Santos MO, Gurgel AM, Augusto LGS, Costa AM. Conflitos ambientais e as águas do rio São Francisco. Saude soc. [Internet].2015 Dec [cited 2015 Dez 24] ; 24(4): 1208-1216.
14. Schramm FR, Vulnerabilidade, vulneração, saúde pública e bioética da proteção: análise conceitual e aplicação. In: Taquette SR, Caldas.CP, orgs. Ética e pesquisa com populações vulneráveis. Rio de Janeiro (RJ): Ed. EdUFRJ; 2012.
15. Silva LNS.. Evolução recente da distribuição de renda e da pobreza no Brasil rural. Rev Iniciativa Econômica, 2013; 1(1).
16. Tavares VO, Teixeira KMD, Wajnman S, Loreto MDS. Interface entre a renda dos idosos aposentados rurais e contexto familiar. Textos Contextos. (2011) Jan-Jul; 10(1):94-108.
17. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. (2012) Jan [cited 2015 Nov 01]; 17(1): 123-133.
18. Ralston M, Schatz E, Menken J, Gómez-Olivé FX., Tollman, S. Who Benefits—Or Does not—From South Africa's Old Age Pension? Evidence from

Characteristics of Rural Pensioners and Non-Pensioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1), 85; (2015).

19. Serbim AK, Figueiredo AE. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica*. (2011);21(4):166-72.

20. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós ÂJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc. saúde coletiva*. (2015) Feb [cited 2015 nov 01];20(2):461-470.

21. Andrade NA, et al. "Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB." *Rev. bras. geriatr. gerontol* 17.1 (2014): 39-48.

22. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. (2012) Jan [cited 2015 Nov 01]; 17(1): 123-133.

23. Paskulin LMG. Envelhecimento saudável no sul do Brasil: Enfrentando desafios e desenvolvendo oportunidades para profissionais de saúde e pessoas idosas. Porto Alegre 2009.

24. Pereira, KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2016 Jan 12] ; 14(1): 85-96.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA NÚCLEO DE PESQUISA EM APTIDÃO FÍSICA DE SERGIPE

Prezado Sr(a)

Temos o prazer de convidá-lo(a) a participar de pesquisa intitulada **“CARACTERÍSTICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS, RISCO CARDIOVASCULAR E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS”** que tem por objetivo caracterizar os sujeitos da terceira idade quanto as especificidades sociodemográficas, de saúde e qualidade de vida.

Com os resultados deste trabalho temos a intenção de favorecer ações acertadas quanto as ações e políticas públicas voltadas ao idoso. Informamos que não é necessária a identificação e que será respeitado o seu direito de não participar do mesmo.

Para este estudo serão levantadas informações referentes ao nível sócio-econômico, percepção de saúde e qualidade de vida e nível de atividade física. Serão tomadas medidas de estatura, massa corporal, circunferências de abdômen, cintura e quadril. Ressaltamos que não há risco para o participante ou possibilidade de constrangimento durante o levantamento destas informações

Ressaltamos que será mantido o anonimato e que os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos e para subsidiar adequadas decisões quanto às políticas de intervenção para o idoso.

Caso haja alguma dúvida, poderemos ser encontrados nos telefones (79) 2105-6537/6597, Departamento de Educação Física/Universidade Federal de Sergipe em contato com o Prof. Dr. Roberto Jerônimo dos Santos Silva.

Neste sentido, gostaríamos de contar com sua colaboração participando de nosso estudo, de maneira que antecipadamente agradecemos. Atenciosamente,

Prof. Dr. Roberto Jerônimo dos Santos Silva
NUPAFISE/UFS

Eu, _____, portador da RG _____ informo que estou ciente dos objetivos da pesquisa intitulada **“CARACTERÍSTICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS, RISCO CARDIOVASCULAR E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS”**, de maneira que concordo em participar da mesma.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura

ANEXO II



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM APTIDÃO FÍSICA DE
SERGIPE**

Nº Identificação: _____

**SEÇÃO 1
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Preencha os dados conforme solicitado, não há necessidade de identificação.

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS			
1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 2. Qual sua data de nascimento?: ____/____/____ 3. Qual sua idade? _____	2. Qual sua ocupação? (1) Autônomo (2) Funcionário Público (3) Funcionário de Instituição privada (4) Aposentado (5) Desempregado	3. Há quanto tempo reside no município? (1) Menos de 1 ano (2) 1 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) Mais que 10 anos	4. O Senhor(a) é o responsável financeiro da família? (1) Sim (2) Não
5. Quantas pessoas residem em sua casa (moram com você)? _____ —	6. Você acredita que a convivência com outras pessoas ou parentes tem um impacto positivo na sua vida? (1) Sim (2) Não	7. Você tem alguma limitação física ou motora que impeça desenvolver suas atividades diárias? (1) Sim (2) Não	8. Tem auxílio de alguma pessoa ou familiar para realizar as atividades diárias? (1) Sim (2) Não
9. Participa de algum grupo religioso ou frequenta regularmente a igreja? (1) Sim (2) Não	11. Qual ordem pertence seu grupo religioso? (1) Católico (2) Protestante/evangélico (3) Candomblé/umbanda (4) outros	Variáveis epidemiológicas	
10. Participa de grupo de convivência? (1) Sim (2) Não		12. Faz uso de algum medicamento de uso frequente? (1) Sim (2) Não Qual? _____ —	13. Fez ou faz uso de bebidas alcóolicas com regularidade? (1) Sim (2) Não Quanto tempo? _____

14. Fuma ou já fumou com regularidade? (1) Sim (2) Não Quanto _____ tempo?	16. Das doenças crônicas relacionadas, quais foram diagnosticadas por médico? (1) Nenhuma doença (2) Doença do coração (3) Diabetes (4) Colesterol alto (5) Hipertensão (6) Osteoporose (7) Outra: _____	17. Teve doença cardíaca diagnosticada por médico? (1) Sim (2) Não Qual? _____	18. Apresentou alguma complicação associada a alguma doença crônica? (1) infarto (2) derrame (AVC) (3) Complicações da visão (retinopatia) (4) Outros.
15. Usa algum tipo de droga ilícita? (1) Sim (2) Não Quanto _____ tempo?			

ANTROPOMETRIA		Observações
Massa Corporal: _____	Cintura: _____ Quadril: _____ Abdomen: _____	
Estatura: _____		

Assinale com um **X** a quantidade de itens que possui em sua casa:

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Qual o **GRAU DE INSTRUÇÃO** do **CHEFE DE FAMÍLIA** (principal responsável financeiro)?

Item	Grau de instrução
1	Analfabeto/Fundamental 1 incompleto
2	Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto
3	Fundamental 2 completo/Médio incompleto

4	Médio completo/Superior incompleto
5	Superior completo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM APTIDÃO FÍSICA DE
SERGIPE

SEÇÃO 2

PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito Boa
1. Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento medico para levar sua vida	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
diária?					
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer coisas nestas duas últimas semanas

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
necessidades?					
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa em seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Bom	Muito Bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades diárias?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **com que frequência** você sentiu

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais	1	2	3	4	5

	(Por favor, circule um único número)				
como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?					



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM APTIDÃO FÍSICA DE
SERGIPE**

SEÇÃO 3

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
VERSÃO CURTA**

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração **(POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)**

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia?**

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia?**

horas: _____ Minutos: _____

SEÇÃO 4
APTIDÃO FÍSICA (Bateria Rikli e Jones, 2005)

TESTE		RESULTADO
Sentar e alcançar na cadeira	em cm (perna direita)	
	em cm (perna esquerda)	
Flexibilidade de ombro	em cm (direita)	
	em cm (esquerda)	
Rosca bíceps sentado	repetições (direita)	
	repetições (esquerda)	
Sentar e levantar da cadeira em 30 segundos – repetições		
Levantar e andar (em segundos)		
Teste cardiorrespiratório (quantidade de passos)		

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO